



**FORMULAIRE DE REFUS DE SOINS MÉDICAUX D'URGENCE – À REMPLIR PAR L'ATHLÈTE**

(À remplir par un athlète adulte ayant la capacité de signer des documents juridiques)

**INSTRUCTIONS :** Ne complétez ce formulaire que si vous ne consentez pas à des soins médicaux d'urgence pour des motifs religieux ou autres et que vous avez coché une case en vertu de la disposition concernant les soins d'urgence sur le formulaire de décharge de l'athlète.

**Je suis un athlète Special Olympics ayant la capacité de signer des documents en mon propre nom et j'accepte ce qui suit :**

- Aucun consentement aux soins médicaux d'urgence.** Je comprends que le formulaire d'inscription standard Special Olympics exige que les athlètes ou leurs parents ou tuteurs acceptent les soins médicaux d'urgence pour l'athlète si nécessaire en cas d'urgence. Sur la base des croyances religieuses ou d'autres raisons, je ne consens pas aux soins médicaux d'urgence.

**VOUS DEVEZ COCHER LA CASE ET ÉCRIRE VOS INITIALES À LA SUITE D'UNE DÉCLARATION POUR CONFIRMER VOTRE DÉCISION :**

- JE REFUSE TOUT TYPE DE TRAITEMENT MÉDICAL, MÊME LORS D'UNE URGENCE METTANT MA VIE EN DANGER. INITIALES :** \_\_\_\_\_
  - JE NE CONSENT PAS AUX TRANSFUSIONS SANGUINES, MÊME LORS D'UNE URGENCE METTANT MA VIE EN DANGER. JE CONSENT À TOUT AUTRE TYPE DE SOINS MÉDICAUX D'URGENCE. INITIALES :** \_\_\_\_\_
- Instructions imprimées.** J'accepte de porter des instructions imprimées qui décrivent mes objections religieuses ou autres à un traitement médical et comment j'aimerais que la personne qui m'accompagne réponde si je suis malade ou blessé et que je suis dans l'incapacité de parler. J'accepte de porter ces instructions imprimées en tout temps lors de ma participation à toute activité Special Olympics, y compris pendant les repas, dans les logements pour la nuit, lors des séances de formation et des compétitions, et pendant les déplacements à destination et en provenance des activités Special Olympics.
  - Accompagnement par un ami ou un membre de famille.** Je comprends que je dois être accompagné d'un ami adulte ou d'un membre de famille afin que cette personne puisse être personnellement responsable de moi lors d'une urgence médicale où si je suis dans l'incapacité de parler.
  - Soins médicaux d'urgence si l'athlète n'est pas accompagné.** Je comprends que, si je ne porte pas les instructions imprimées ou que l'adulte qui m'accompagne n'est pas présent et personnellement responsable de moi lors d'une urgence médicale où je suis dans l'incapacité de parler, Special Olympics peut faire appel à des soins médicaux d'urgence comme recommandé par les professionnels de la santé répondant à l'urgence.
  - Décharge de responsabilité.** Je décharge Special Olympics, ses employés et ses bénévoles de toutes les réclamations qui peuvent résulter de la prise ou de la non prise de mesures pour me fournir des soins médicaux d'urgence. Je suis d'accord avec cette décharge parce que j'ai refusé, sciemment et volontairement, d'accorder à Special Olympics l'autorisation de prendre des mesures d'urgence et je retiens expressément mon consentement à tous soins médicaux d'urgence pour des motifs religieux ou autres. Pour ce formulaire, « Special Olympics » désigne toutes les organisations de Special Olympics.

<b>Nom de l'athlète :</b>	<b>E-mail :</b>
<b>SIGNATURE DE L'ATHLÈTE</b>	
J'ai lu et compris ce formulaire. Si j'ai des questions, je demanderai. En signant, j'accepte ce formulaire.	
<b>Signature de l'athlète :</b>	<b>Date :</b>
<b>SIGNATURE DE L'ADULTE ACCOMPAGNANT</b>	
En signant, j'accepte d'accompagner l'athlète pendant les activités Special Olympics et d'être personnellement responsable de l'athlète en cas d'urgence. Je comprends dans quelle mesure l'athlète ne consent pas aux soins médicaux d'urgence et accepte d'agir conformément aux souhaits de l'athlète tels que compris.	
<b>Signature de l'adulte accompagnant :</b>	<b>Date :</b>
<b>Nom en toutes lettres :</b>	<b>Relation :</b>